

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

402

TRAITEMENT
DES ULCÈRES CHRONIQUES
DE LA JAMBE

PAR LA
VACCINOTHÉRAPIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis BUISSON

Né à BREST, le 28 Janvier 1900

Président : M. Pierre DELBET, Professeur.

PARIS

LES ATELIERS D'IMPRESSIONS LOUIS SEVE

20, rue Charcot, 20

1929

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1929

TRAITEMENT
DES ULCÈRES CHRONIQUES
DE LA JAMBE
PAR LA
VACCINOTHÉRAPIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Louis BUISSON

Né à BREST, le 28 Janvier 1900

Président : M. Pierre DELBET, Professeur.

PARIS
LES ATELIERS D'IMPRESSIONS LOUIS SEVE
20, rue Charcot, 20

1929



LE DOYEN. . . . M. ROGER

I. — PROFESSEURS

MM.

<i>Anatomie</i>	ROUVIÈRE.
<i>Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale</i>	CUNÉO.
<i>Physiologie</i>	ROGER.
<i>Physique médicale</i>	STROHL.
<i>Chimie médicale</i>	DESGREZ.
<i>Bactériologie</i>	LEMIERRE.
<i>Parasitologie et histoire naturelle médicale</i>	BRUMPT.
<i>Pathologie et thérapeutique générales.</i>	N...
<i>Pathologie médicale</i>	N...
<i>Pathologie chirurgicale</i>	LECÈNE.
<i>Anatomie pathologique</i>	ROUSSY.
<i>Histologie</i>	CHAMPY.
<i>Pharmacologie et matière médicale.</i>	TIFFENEAU.
<i>Hydrologie thérapeutique et climatologie</i>	M. VILLARET.
<i>Thérapeutique</i>	LOEPER.
<i>Hygiène et médecine préventive</i>	TANON.
<i>Médecine légale</i>	BALTHAZARD.
<i>Histoire de la médecine et de la chirurgie</i>	MÉNÉTRIER.
<i>Pathologie expérimentale et comparée.</i>	RATHERY.
<i>Clinique médicale</i>	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
<i>Hygiène et clinique de la première enfance</i>	LERÉBOULLET.

MM.

<i>Clinique des maladies des enfants</i>	NOBÉCOURT.
<i>Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale</i>	H. CLAUDE.
<i>Clinique des maladies cutanées et sy- philitiques</i>	GOUGEROT.
<i>Clinique des maladies du système ner- veux</i>	GUILLAIN.
<i>Clinique des maladies infectieuses</i>	TEISSIER.
<i>Clinique de la Tuberculose</i>	LÉON BERNARD.
<i>Clinique chirurgicale</i>	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
<i>Clinique ophtalmologique</i>	FERRIEN.
<i>Clinique urologique</i>	LEGUEU.
<i>Clinique d'accouchements</i>	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
<i>Clinique gynécologique</i>	J.-L. FAURE.
<i>Clinique chirurgicale infantile et or- thopédie</i>	OMBRÉDANNE.
<i>Clinique thérapeutique médicale</i>	VAQUEZ.
<i>Clinique oto-rhino-laryngologique</i>	SEBILEAU.
<i>Clinique thérapeutique chirurgicale</i> . .	Pierre DUVAL.
<i>Clinique propédeutique</i>	SERGENT.
<i>Professeur sans chaire</i>	BRANCA.
<i>Professeur sans chaire</i>	MAUCLAIRE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

<i>Pathologie médicale</i>	ABRAMI.
<i>Neurologie et Psychiâtrie</i>	ALAJOUANINE.
<i>Pathologie médicale</i>	AUBERTIN.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	BASSET.
<i>Pathologie médicale</i>	BAUDOUIN.
<i>Physiologie</i>	BINET.
<i>Chimie biologique</i>	BLANCHETIÈRE.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	BROCQ.
<i>Pathologie médicale</i>	BRULÉ.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	CADENAT.
<i>Pathologie médicale</i>	CHABROL.
<i>Pathologie médicale</i>	CHIRAY.
<i>Pathologie médicale</i>	CLERC.
<i>Hygiène</i>	DEBRÉ.
<i>Physique</i>	DOGNON.
<i>Pathologie médicale</i>	DONZELOT.
<i>Médecine légale</i>	DUVOIR.
<i>Obstétrique</i>	ECALLE.
<i>Pathologie médicale</i>	FIESSINGER.
<i>Pathologie expérimentale</i>	GARNIER.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	GATELLIER.
<i>Histologie</i>	GIROUD.
<i>Pathologie médicale</i>	HARVIER.
<i>Urologie</i>	HEITZ-BOYER.
<i>Anatomie</i>	HOVELACQUE.
<i>Pathologie médicale</i>	HUTINEL.
<i>Parasitologie</i>	JOYEUX.
<i>Chimie biologique</i>	LABBÉ (Henri).
<i>Pathologie chirurgicale</i>	LARDENNOIS.
<i>Oto-rhino-laryngologie</i>	LEMAITRE.
<i>Anatomie pathologique</i>	LEROUX.

MM.

<i>Obstétrique</i>	LÉVY-SOLAL.
<i>Pathologie mentale</i>	LHERMITTE.
<i>Pathologie médicale</i>	LIAN.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	MATHIEU.
<i>Pharmacologie</i>	MERCIER (F.).
<i>Obstétrique</i>	METZGER.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	MONDOR.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	MOURE.
<i>Histologie</i>	MULON.
<i>Anatomie pathologique</i>	OBERLING.
<i>Bactériologie</i>	PHILIBERT.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	QUÉNU.
<i>Physiologie</i>	RICHET Fils.
<i>Dermatologie et syphiligraphie</i>	SÉZARY.
<i>Pathologie médicale</i>	VALLERY-RADOT. (Pasteur)
<i>Obstétrique</i>	VAUDESCAL.
<i>Ophtalmologie</i>	VELTER.
<i>Histologie</i>	VERNE.
<i>Anatomie</i>	OLIVIER.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

<i>Pharmacologie</i>	BUSQUET.
<i>Obstétrique</i>	GUÉNIOT.
<i>Obstétrique</i>	LEQUEUX.
<i>Parasitologie</i>	NEVEU-LEMAIRE.
<i>Histologie</i>	RETTERRER.
<i>Physique</i>	ZIMMERN.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.

<i>Clinique chirurgicale</i>	ALGLAVE.
<i>Clinique chirurgicale</i>	AUVRAY.
<i>Clinique chirurgicale</i>	CHEVASSU.
<i>Clinique médicale</i>	LAIGNEL- LAVASTINE.
<i>Clinique obstétricale</i>	LE LORIER.
<i>Clinique médicale</i>	LÉRI.
<i>Clinique chirurgicale</i>	MOCQUOT.
<i>Clinique chirurgicale</i>	PROUST.
<i>Clinique chirurgicale</i>	SCHWARTZ.

V. — CHARGES DE COURS

MM.

<i>Chargé du cours de chirurgie orthopé- dique chez l'adulte pour les accidents du travail, les mutilés de guerre et les infirmes</i>	MAUCLAIRE.
<i>Stomatologie</i>	FREY.
<i>Education physique</i>	CHAILLEY-BERT.
<i>Radiologie clinique</i>	LEDoux-LEBARD
<i>Puériculture</i>	WEILL HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Faible témoignage de mon affection profonde et
de ma reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DELBET
*Professeur de Clinique Chirurgicale à la Faculté
Chirurgien de l'Hôpital Cochin*

Pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant
la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LÉON TIXIER
Médecin de l'Hôpital de la Charité

qui a inspiré cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse
gratitude pour l'enseignement puisé à ses côtés au
cours des deux années passées dans son service.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

M. LE PROFESSEUR P. DELBET.

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*In memoriam*).

Externat

M. LE DOCTEUR TIXIER.

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ S. I. DE JONG (*In memoriam*)

M. LE DOCTEUR FLANDIN.

M. LE DOCTEUR J. Ch. BLOCH.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

A MES MAITRES ET AMIS

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MOCQUOT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEGRY

MM. LES DOCTEURS WEISSENBACH, ETIENNE BERNARD,

Médecins des Hôpitaux de Paris

M. LE DOCTEUR P. CAHEN

assistant à la consultation de chirurgie de la Charité

MM. LES DOCTEURS BIZE, PHALIPPOU, ANCHEL,
CORDIER

Traitement des Ulcères chroniques de la Jambe par la Vaccinothérapie

CHAPITRE PREMIER

Considérations générales sur la difficulté du Traitement des Ulcères chroniques de Jambe

De toutes les affections cutanées, il en est peu dont le traitement dispose à plus de mécomptes que l'ulcère de jambe. La lenteur souvent désespérante de la cicatrisation, l'extrême fréquence des récidives, désarment et rebutent les plus persévérants.

Ces difficultés ne sauraient étonner, si l'on tient compte de la nature des lésions et de la complexité de leur pathogénie.

Ce ne sont pas seulement les téguments qui sont atteints. La jambe entière est frappée de déficience tissulaire, d'un amoindrissement de sa vitalité, dont la cause est loin d'être toujours évidente.

De plus, une fois les téguments ulcérés, l'infection secondaire indéfiniment entretenue, modifiant à son tour le terrain, contribue au travail de désorganisation lente des tissus.

On comprend que les effets thérapeutiques soient des plus variables, selon l'importance et l'ancienneté de ces divers facteurs étiologiques.

Nous passerons d'abord rapidement en revue, au début de cette étude, les différents traitements déjà employés, soit locaux, soit généraux.

Mais nous insisterons tout de suite sur un véritable traitement préventif de l'ulcère, ayant pour but essentiel d'éviter son apparition.

1° — TRAITEMENT PREVENTIF

Le traitement prophylactique se confond avec le traitement de la maladie causale, c'est-à-dire de toutes les infections susceptibles de léser les membres inférieurs : phlébite variqueuse ou secondaire à des infections générales, varices avec menace de rupture, etc...

Des varices, on sait depuis longtemps que ce ne sont pas les gros cordons noueux, mais bien les fines dilata-tions veineuses dermiques qui exposent le plus à l'ulcère.

Toutefois, il sera toujours prudent de conseiller en cas de dilatation volumineuse, chez des malades ne voulant pas se soumettre aux injections sclérosantes, le port de bas élastiques, sous condition d'une propreté rigoureuse.

Plus encore que les phlébites, il est une affection dont le traitement est particulièrement important parce qu'elle se trouve très fréquemment à l'origine des ulcères : c'est l'eczéma dit « variqueux », dont la localisation tenace aux membres inférieurs est d'ailleurs amorcée

par des troubles trophiques préexistants, nerveux et vasculaires surtout.

Pour toutes ces affections, le traitement préventif est identique :

Eviter la stase et l'œdème par le repos au lit prolongé, la jambe surélevée.

Une fois ces précautions prises, mais seulement alors, on verra l'eczéma céder aux traitements classiques en un délai normal de quelques semaines. Enfin, dès que le malade sera en état de voyager, une cure à Bagnoles de l'Orne viendra heureusement réveiller les fonctions angiotoniques des vaisseaux superficiels.

2° — TRAITEMENT DE L'ULCERE CONSTITUE

Nous nous trouvons en présence d'une ulcération, d'ordinaire unilatérale, siégeant le plus souvent à la face interne de la jambe, au-dessous de la malléole, orbiculaire et de dessin irrégulier.

Les bords forment un bourrelet plus ou moins élevé, parfois œdémateux et congestif, parfois épaissi et dur.

Le fond est rouge vif, jaunâtre ou violacé.

Ordinairement recouvert de pus, de débris sanieux, que quelques pansements nettoient facilement, il apparaît alors constitué par des bourgeons charnus qui forment une surface mamelonnée, d'un rose vif quand le malade est au repos, violacée quand il est debout. Cette surface saigne au moindre contact.

A la périphérie de l'ulcère, la peau est épaissie, infiltrée, souvent eczématisée.

A distance, la peau est amincie, luisante, sèche ou squameuse. Cette atrophie scléreuse, parfois étendue, a l'aspect parcheminé et jaunâtre des placards de sclérodermie.

Les troubles pigmentaires sont fréquents, la croissance des poils est exagérée, les ongles sont altérés et déformés.

L'ulcère est à peu près indolore, quand il n'est pas compliqué.

La sensibilité objective est altérée, ordinairement amoindrie, ou un peu exagérée au centre l'ulcère ; elle est généralement diminuée au pourtour.

On observe de plus, assez fréquemment, la diminution ou l'abolition des réflexes patellaires ou achilléens, avec un certain degré d'atrophie musculaire.

L'ulcère se complique fréquemment :

Soit par épaissement et lignification des bords et des tissus sous-jacents qui constituent l'ulcère calleux, à guérison très pénible et très longue.

Soit par des poussées de dermite répétées ; soit par des lymphangites diffuses, ordinairement atténuées mais récidivantes qui aboutissent à l'induration fibreuse de l'ulcère et de sa périphérie, avec œdème permanent de la jambe, formant un éléphantiasis secondaire, difficilement améliorable, et survivant souvent à la guérison de l'ulcère.

Soit par des complications graves et exceptionnelles, survenant surtout chez les diabétiques : érysipèle bronzé, phlegmon gangréneux.

Les divers modes de traitement employés pour la guérison de l'ulcère ont pour but, soit d'agir localement sur la plaie, au niveau de cette plaie ou à distance, soit d'agir sur l'état général du malade et de soigner l'effection causale.

A) Traitements locaux :

Nous sommes ici en présence de tout un arsenal thérapeutique, et nous pourrions classer les médications en

trois catégories : les poudres, les pommades et les agents physiques.

L'unanimité des auteurs insiste sur les soins de préparation de la plaie: désinfection par pansements humides à l'eau d'ALIBOUR, au permanganate, à l'eau alcoolisée, etc., qui permettent de préparer la plaie à recevoir les médicaments susceptibles de favoriser sa cicatrisation.

Ensuite on applique les poudres qui absorbent les sécrétions, les emplâtres qui excitent la cicatrisation ; les pommades qui permettent de l'achever.

1° *Les Poudres.* — De nombreux produits sont préconisés : Des poudres antiseptiques : Iodoforme (Lucas-Championnière), Aristol, Dermatol, Ectogan.

Des poudres inertes : Sous-nitrate de bismuth, Charbon, Quinquina.

Des poudres absorbantes et légèrement irritantes : Sous-oxyde de cuivre, Sous-carbonate de fer.

La plus employée est la poudre S/S carbonate de fer, qui est très asséchante ; à chaque pansement, l'ulcère irrigué au bock, avec du sérum physiologique, est détergé à l'éther, et richement poudré ; la poudre agglomérée fait une carapace, sous laquelle l'ulcère bourgeonne.

Nous citerons en outre un traitement à la poudre d'insuline : PAUTRIER, SCHMID et ROBERT (*Revue Dermatologique de Strasbourg*, 10 mai 1925) ont obtenu la guérison d'un ulcère variqueux chez un malade à glycémie normale, par des pansements locaux à l'insuline en poudre : insuline diluée dans un excipient pulvérulent (mélange de lactose et de sulfate de soude) qui s'hydrate au contact de la plaie et se dissout de façon qu'une dose de vingt unités d'insuline (endopancrine) peut couvrir la surface d'une plaie du diamètre moyen d'une paume de main.

2° *Les Emplâtres.* — Ils ont été très à la mode. On couvrait largement la partie malade de bandelettes de diachylon imbriquées.

Malgré le peu d'asepsie de ce produit, il est certain qu'un pansement bien fait accélérerait beaucoup la guérison.

On a substitué ensuite au diachylon des emplâtres antiseptiques de Vigo, à base de mercure métallique, ou de Vidal, à base de sulfure de mercure.

Ces emplâtres, et surtout le premier, sont irritants. Néanmoins, ils rendent service au moment où on abandonne les pansements humides, sans avoir achevé la désinfection de la plaie. Dans ces conditions, leur emploi répond aux indications suivantes : éviter que l'emplâtre ne déborde sur la peau ; au lieu d'imbriquer les bandettes, découper une rondelle que l'on applique sur le fond de l'ulcère.

Changer souvent l'emplâtre, par exemple tous les deux jours. Un tel topique peut être employé presque jusqu'à guérison.

3° *Les Pommades et les Pâtes.* — Ne sont pas indiquées dans les cas d'ulcères infectés ou suintant abondamment. Elles rendent service quand le traitement cicatriciel s'amorce.

Nous n'énumérerons pas les différentes préparations qui ont été conseillées par les auteurs. Elles sont innombrables.

Citons simplement, parmi les plus employées : la pommade au Baume du Pérou à 10 %, celle au tannin, certaines spécialités à base de soufre, la pâte au sous-carbonate de fer à 10 %, qui allie dans une certaine mesure les effets absorbants du carbonate de fer à l'action calmante des corps gras.

LACAPÈRE (Congrès dermatologique de Bruxelles, juillet 1926) a étudié les topiques radioactifs (pommade au nitium) qui agissent par action chimiotoxique positive, puis par action d'excitation. Il a observé la cicatrisation d'ulcères traumatiques. DELMAS (Société Dermatologique, 7 avril 1927) a obtenu des guérisons d'ulcés-

rations chroniques surtout variqueuses avec une pommade radioactive contenant du bromure de radium associée à l'uranium.

On peut également associer à la pommade au nitium qui active la cicatrisation, du Baume du Pérou, qui empêche la pullulation microbienne à la surface de la plaie : pommade au nitium B.

4° *Pansements humides.* — On emploie les antiseptiques variés :

« Le Vin Aromatique dilué est peut-être le meilleur pansement (Jean HALLÉ). Il prépare la plaie par ce moyen et utilise s'il y a lieu les grattages des bords à la curette de VIDAL et les sacrifices.

On peut employer également les badigeonnages à la teinture d'aloès ou avec une solution aqueuse de nitrate d'argent à 3 ou 10 %.

5° *Agents physiques.* — On a employé successivement :

L'étincelage de haute fréquence.

Les rayons ultra-violets.

La diathermie.

L'air chaud.

Tous ont des succès à leur actif. On recommande surtout les rayons ultra-violets et l'air chaud. L'air surchauffé agit comme antiseptique et comme cautérisant. Il faut l'éviter quand un épiderme jeune fait son apparition, car la chaleur peut le faire desquamier. Il éveille parfois des poussées phlébitiques (Quiserne).

Les ultra-violets permettent un traitement local et un traitement général tonique. Ils raffermissent les tissus.

La diathermie active la circulation.

Mais on ne peut compter exagérément sur les agents physiques, qui valent surtout d'être employés à titre d'adjuvant, quand on les a sous la main.

5° *Pansements ambulatoires.* — On leur a attribué une meilleure circulation veineuse, grâce à la marche, une diminution de la durée de cicatrisation, ce qui est discutable ; mais on lui attribue surtout un meilleur rendement sociale.

Ceci n'est vrai qu'à certaines conditions. Le traitement doit être très bien fait, très soigneusement suivi, et le malade malgré tout ne peut faire de longues marches, il doit rester étendu le plus souvent possible.

Les indications de ce pansement varient donc selon la confiance que l'on peut avoir dans le malade.

De plus, on ne peut les poser que sur un ulcère de petite dimension, suintant peu, entouré d'une peau relativement saine.

Il existe deux types de pansement :

a) Le pansement avec bandage élastique : La plaie est recouverte de compresses et on enroule à même la peau une bande élastique allant de la malléole au genou. Le pansement le plus soigneusement fait ne tient guère plus de 24 heures.

b) La botte de UNNA : se fait à la colle de zinc. Après avoir détergé l'ulcère, on le couvre de quelques compresses imbibées de la solution :

Gélatine	}	àà 20 grs.
Glycérine		
Oxyde de zinc	}	àà 60 grs.
Eau		

Les bandes sont également trempées dans cette solution et enroulées en botte, en exerçant une compression modérée. Membre étendu jusqu'à dessiccation. On fait alors marcher le malade. Le pansement est refait lorsque les bandes sont traversées par les sécrétions, à moins que la fonte de l'œdème ne le desserre par trop ; il tient de 3 à 8 jours.

Léo-Landès a proposé une variante recommandée par DARIER : l'ulcère détergé, on le recouvre, ainsi que son pourtour, d'une couche de crème de Vienne:

Huile d'amandes 140 grs.

Eau de chaux }
Oxyde de zinc } à 40 grs.

Biborate de soude 4 grs.

Puis recouvrir des bandes de tarlatane comme ci-dessus.

c) La botte silicatée est rarement employée, parce que trop longue à préparer.

7° *Traitement chirurgical local :*

a) Excision totale de l'ulcère suivie de sutures avec ou sans autoplastie.

Actuellement abandonné.

b) Incision circonférentielle pour permettre aux bords de l'ulcère de se rapprocher du centre.

Technique également abandonnée.

c) Greffes : soit dermiques, soit dermo-épidermiques.

Nous reviendrons sur cette importante question lors de l'exposé de notre technique.

d) Incisions multiples pratiquées sur les bords de l'ulcère : N'a d'efficacité que dans les ulcères à bords calleux.

B) *Interventions à distance de l'ulcère*

Ces opérations peuvent s'adresser soit aux vaisseaux seuls, soit aux vaisseaux et aux nerfs, soit aux nerfs.

1° *Interventions sur les vaisseaux seuls :*

a) Ligature des veines saphènes, en particulier des confluents.

b) Résection totale des saphènes et des paquets variqueux.

c) Anastomose sapheno-fémorale de Pierre Delbet (*Ac. Médecine*, 18 déc. 1905).

d) Injections phlébosclérosantes : méthode de SICARD, au salicylate de soude ou à la quinine ; la première injection étant à la périphérie de l'ulcère.

2° Interventions sur les vaisseaux et les nerfs :

a) Incision circulaire (MORESCHI) de tous les tissus sus-aponévrotiques en amont de l'ulcère, y compris les veines qui sont coupées entre deux ligatures, et les nerfs. On suture ensuite les lèvres de l'incision.

3° Interventions sur les nerfs :

a) Résection des nerfs saphène ou péronier : (PROUST et DE NABIAS).

b) Sympathectomie périartérielle : (JOBOULAY, LERICHE).

Ces opérations, sur la technique desquelles nous ne nous étendrons pas, ont pour but de réaliser l'interruption des voies sympathiques du membre. Il se produit des modifications circulatoires, physiques et trophiques. Mais, malheureusement, ces résultats ne sont souvent que transitoires.

CHAPITRE II

Rôle du Terrain et de l'Infection

Nous avons vu, par cette étude succincte des nombreux traitements qui ont été successivement employés pour la guérison des ulcères chroniques de jambe, les difficultés auxquelles se heurte le praticien. Quelle thérapeutique employer ? Elle sera conditionnée par l'étiologie de l'ulcère et par le terrain.

A — ETIOLOGIE

Les ulcères chroniques de jambe ont pour origine, soit un trouble de l'état général du malade, soit une cause locale.

1° Ulcère lié à une affection générale :

a) *La Syphilis*. — C'est une affection qui se rencontre avec une particulière fréquence dans les antécédents des porteurs d'ulcères.

On ne s'autorisera pas seulement de certains caractères cliniques, qui permettent de poser à coup sûr le diagnostic : localisation haute, ulcération de type circiné, bords nettement et verticalement taillés, à fond bourbilloeux, à ulcérations multiples.

En présence d'un malade atteint d'ulcère de jambe de cause indéterminée, quels que soient les caractères cliniques et topographiques de cet ulcère, on devra procéder à une enquête clinique serrée, complétée par un examen sérologique.

Dans les cas positifs, un traitement d'emblée énergétique sera institué : arsénobenzènes, associés au mercure et à l'iodure. Dans les cas douteux, on peut toujours aider l'action des traitements locaux, par un traitement d'épreuve.

b) *Le Diabète.* — On connaît la fréquence des accidents cutanés chez les diabétiques. Chez eux, l'ulcère de jambe est désespérément chronique. Récemment, FAURE-BEAULIEU et DAVID (*Soc. Médic. Hôp.*, 22 juin 1925) sur la constatation d'hyperglycémie chez des sujets porteurs d'ulcère variqueux, ont obtenu des résultats favorables par un traitement insulinique. C'est là un traitement à essayer lorsque le taux de l'hyperglycémie l'autorise.

PAUTRIER, AMBARD, SCHMID et G. LÉVY ont guéri, par injections d'insuline des ulcères de jambe atones, chez des hyperglycémiques et même chez des malades à glycémie normale.

Ces traitements sont à rapprocher des pansements à la pommade insulinique.

2° Ulcères des variqueux

C'est l'ulcère variqueux type que nous avons étudié au début de cette thèse et qui, ainsi que nous l'avons mis en évidence dans les traitements à distance de l'ulcère, est amélioré par les injections phlébosclérosantes.

3° Ulcères traumatiques :

Entretenus par l'infection et la fatigue.

B — TERRAIN ET INFECTION

Le fait important est le siège de l'ulcération au niveau de la jambe, ce qui va soumettre la thérapeutique à deux difficultés du fait :

a) *De la fragilité de la peau.* — A ce niveau, la peau de la jambe est en effet mal nourrie, du fait de l'insuffisance de la circulation vasculaire et du système nerveux trophique, ce qui explique la difficulté de la cicatrisation et la nécessité d'aider le comblement de la plaie par les greffes.

A ce sujet, nous pouvons citer l'observation d'un jeune homme de vingt ans, donc tissus jeunes, indemne de syphilis et de varices, chez qui une plaie d'origine traumatique a été soignée pendant un an par tous les moyens thérapeutiques, sans qu'il y ait cicatrisation ; seules les greffes ont réalisé le comblement de la plaie.

b) *Du rôle de l'infection chronique :*

Cette notion a été étudiée et mise en lumière par différents auteurs, notamment LERICHE et FONTAINE, qui ont montré l'infection toujours préexistante dans les ulcères chroniques de jambe.

SEZARY et LICHTWITZ (*Bulletin Société Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, janvier 1927) ont également insisté sur la fréquence de l'ostéite sousjacent.

Ce sont ces deux notions fondamentales qui ont conduit MM. LÉON TIXIER et BIZE à leur thérapeutique actuelle des ulcères chroniques de jambe qui présente deux temps :

1° Par la vaccinothérapie, combattre l'infection, diminuer la pullulation microbienne au niveau de la plaie, ce qui aboutit à la cicatrisation complète.

2° Dans les cas d'ulcères trop étendus, avec îlots rebelles à toute cicatrisation, procéder à des greffes dermo-épidermiques.

CHAPITRE III

Technique

Nous avons vu le rôle prédominant de l'infection dans l'installation progressive des lésions.

« Les poussées lymphangitiques, l'hypertrophie, puis la transformation fibreuse des ganglions régionaux, l'œdème lymphatique et la pachydermie qui en résultent, constituent un terrain éminemment favorable à l'extension de l'ulcère. » (JEANSELME et FOUET).

Le but cherché est donc l'obtention d'une plaie cruentée, rouge vif, dénuée de toute couenne et de tout dépôt fibrineux, et aussi aseptique que possible, sur laquelle la prise des greffes pourra se produire.

A cet effet, deux ordres de thérapeutique sont à employer : des soins locaux, une médication générale par la vaccinothérapie.

Pendant tout le traitement, le malade restera étendu au lit, le pied surélevé.

1° SOINS LOCAUX

a) *Désinfection de la plaie.* — L'ulcère se présente presque toujours comme une plaie infectée et irritée qu'il faut déterger et calmer. Après toilette préalable de tout le membre inférieur à l'eau chaude et au savon, les surfaces infectées seront détergées par des attouchements à l'éther, puis désinfectées par l'application de pansements humides.

Les pansements humides devront être maintenus pendant un minimum de temps, de façon à éviter la macération de téguments déjà fragilisés.

Ils seront très peu antiseptiques, suffisamment pour éviter la pallulation des germes, pas assez pour entraver la cytogenèse.

On pourra employer :

L'eau d'Alibour diluée au 1/3 ou au 1/4.

Le permanganate de potasse à 1 pour 500.

La solution de Dakin.

L'eau alcoolisée au 1/20° etc...

Au bout de deux ou trois jours, le temps de diminuer la poussée inflammatoire aiguë, on pourra employer les pâtes et les pommades destinées à modifier la plaie.

b) Préparation de la plaie : L'ulcère est alors souvent atone, ses bords sont calleux ; il faut en activer la vitalité, aussi les produits employés devront-ils être à base d'acide salicylique, de résorcine, de xylol. On pourra employer à cet effet les trois types de préparations suivantes, dont on pourra modifier la concentration en produits actifs.

1° Préparations à excipients gras :

Type RECLUS-BRCQ

Acide phénique	{	ââ 2 grs.
Acide salicylique		
Camphre		4 grs.
Résorcine	{	ââ 8 grs.
Antipyrine		
Baume du Pérou		12 grs.
Vaseline		q. s. pour 150 grs.

Type MENCIERE

Iodoforme	}	ââ 1 gr.
Gaïacol		
Eucalyptol		
Baume du Pérou		
Vaseline		q. s. pour 150 grs.

2° Préparations à excipients déshydratants :

Pâte à l'eau xylol iode

Oxyde de zinc	}	ââ 25 grs.
Carbonate de chaux		
Glycérine à 30°		
Eau de chaux		
Xylol	}	ââ 1 gr.
Iode		

3° Préparations liquides :

Vin aromatique :

Alcoolature vulnéraire : 12 grs. 50

Vin rouge : q. s. pour 100 grs.

Il faut d'ailleurs tâter la susceptibilité du sujet à ces différentes préparations. C'est ainsi que la pommade de Reclus donne, parfois, de très bons résultats ; dans d'autres cas, au contraire, elle entretient la macération. Ceci est dû, sans doute, à sa forte teneur en corps gras (vaseline) qui constitue un enduit imperméable, et s'oppose au suintement de la plaie.

C'est pourquoi on doit utiliser des excipients désydratants : pâtes à l'eau auxquelles on incorpore du xylol et de l'iode, produits à la fois antiseptiques et décapants.

Les ulcères les plus atones deviennent alors cruentés avec une bonne teinte rouge vif.

Mais ces préparations, irritantes, ne devront être maniées qu'avec prudence, l'irritation pouvant être telle qu'elle favoriserait des complications, la lymphangite surtout.

Aussi, MM. TIXIER et BIZE, ont adopté la technique suivante :

Deux jours de pansement à la pommade de Reclus, ou à la pâte à l'eau xylol-iode (un seul pansement). Puis, pansement humide au Dakin, à renouveler deux fois en 24 heures.

Enfin, pansement de vingt-quatre heures au vin aromatique.

La plaie est alors suffisamment décapée, sinon on peut recommencer le cycle, en faisant toujours alterner un pansement humide au Dakin avec le pansement irritant.

3^e Préparation des téguments adjacents :

La peau environnante doit être également l'objet de soins attentifs, car c'est une zone d'extension possible de l'ulcère.

Saine, on la préservera de la macération ou de l'irritation due aux antiseptiques, par une couche de vaseline, ou de pâte de Lassar :

Oxyde de zinc	}	P. E.
Amidon		
Lanoline		
Vaseline		

Fragilisée, on aura recours soit à une pâte à l'eau, soit à une pâte à l'huile :

La pâte à l'eau :

Oxyde de zinc	}	P. E.
Carbonate de chaux		
Glycérine à 30°		
Eau de chaux		

est surtout indiquée en cas de demo-épidermite concomitante si fréquente chez les malades atteints d'ulcère de jambe.

La pâte à l'huile, suivant la formule :

Oxyde de zinc	}	ââ 25 grs.
Carbonate de chaux		
Huile d'amandes douces		
Eau de chaux	}	ââ 12 grs.
Lanoline		

constitue un excellent sédatif.

En cas de pyodermite, on incorporera à la pâte à l'huile, l'oxyde jaune de mercure au 60°.

En cas de poussées eczématiformes suintantes, on ajoutera à la pâte à l'huile, la goudroline de houille au 10°. On peut également employer dans ce cas la pâte ichtyolée au 100°.

En cas de lymphangite, l'eau d'Alibour remplacera avantageusement l'eau de chaux dans la formule précitée.

2° VACCINOTHERAPIE

La technique employée est la suivante :

Trois à six injections de vaccin de Delbet aux doses progressives de un demi, trois quarts, un centimètre cube, 1 cent. cube 1/2, puis deux centimètres cubes à raison de une injection sous-cutanée tous les deux jours.

Nous préférons cette méthode progressive qui est moins brutale que la posologie habituelle, qui est sans nécessité dans les ulcères chroniques.

Nous faisons actuellement les injections intramusculaires, celles-ci étant moins douloureuse que les sous-cutanées.

La réaction locale est insignifiante, et à ces doses, il n'y a aucune réaction générale, ni élévation de température.

Il arrive parfois que deux séries d'injections sont nécessaires, la seconde activant l'évolution qui tend quelquefois à redevenir stationnaire, après le coup de fouet initial.

3° PRELEVEMENT DES GREFFES

Plusieurs techniques ont été proposées pour le prélèvement des greffes :

a) *Greffes épidermiques.* — Elles ont l'inconvénient, par leur minceur, d'être trop fragiles, et par leur petitesse, de n'amener la guérison que fort lentement.

b) *Greffes dermo-épidermiques à grands lambeaux.* — Prélevées au rasoir, elles ont plus de vitalité que les précédentes, mais leur technique est assez délicate et elles créent d'assez grosses pertes de substances.

c) Aussi, MM. LÉON TIXIER et BIZE, ont-ils été amenés à une solution intermédiaire : *Greffes dermo-épidermiques à petits lambeaux.* La technique est la suivante :

1° La plaie, la veille du greffage, sera préparée par un pansement humide au Dakin, renouvelé deux fois en 24 heures. Elle sera bien cruentée, rouge vif, sans la moindre trace de suppuration.

Au moment de l'opération, se contenter d'un simple lavage à l'éther, et surtout bien se garder de faire des scarifications, ou de frotter trop énergiquement, tout

épanchement sanguin constituant une interposition de fibrine qui peut empêcher la pose des greffes.

2° Le prélèvement des greffes se fera à la face antérieure de la cuisse.

Procéder à la désinfection des téguments à la teinture d'iode, puis passage à l'alcool pour enlever l'excès d'iode.

Anesthésie locale à la novocaïne à 0,5 % suivant la formule :

Novocaïne : 5 centigrammes.

Eau distillée stérile : 10 cmc.

On fait alors, avec une longue et fine aiguille deux injections parallèles traçantes le plus superficiellement possible. Les lignes partent du genou, pour remonter au tiers supérieur de la cuisse ; les deux lignes d'anesthésie seront distantes de trois centimètres, ce qui constitue une large bande de téguments insensibles.

Avec une aiguille de Reverdin, on pique la peau et on la soulève en un petit cône, dont on tranche la base d'un coup sec, avec un bistouri bien coupant.

Le fragment ainsi détaché est porté avec l'aiguille sur la plaie.

Les greffons ainsi obtenus devront avoir la dimension d'un comprimé.

Les greffes seront disposées en quinconce sur la plaie, distantes les unes des autres de un centimètre environ ; il faut, par exemple, compter cinq greffes pour un ulcère de cinq centimètres.

Elles seront posées de préférence sur les régions cruentées, ne présentant pas de traces de dépôts fibrineux.

L'ulcère ainsi greffé sera recouvert de tulle gras au baume du Pérou à 1 ou 2 % (tulle gras Lumière), appliqué délicatement, sans mobiliser les greffes ; puis, par dessus compresses de gaze stérile, et coton cardé.

Au niveau des plaies créées par le prélèvement des greffes, on procédera à un badigeonnage à la teinture d'iode, et on pansera à plat, simplement avec des compresses stériles par dessus, pansement compressif pour assurer l'hémostase.

Le membre sera mis en gouttière, pour éviter toute mobilisation anormale préjudiciable.

Cette dernière précaution est indispensable, étant donné la mauvaise volonté que peuvent présenter parfois certains malades à guérir de leur ulcère, celui-ci constituant une assurance de très longue hospitalisation.

3° *Soins post-opératoires.* — Le premier pansement ne devra se faire ni trop tôt, ni trop tard.

En règle générale, trois jours après l'intervention.

Plus tôt, on risquerait de décoller les greffes.

Plus tard, la suppuration devient trop intense.

Les pansements ultérieurs se feront tous les deux ou trois jours, suivant l'intensité du suintement.

Décoller doucement le tulle gras, en même temps que la compresse, sans essayer d'enlever d'abord les compresses.

Lavage de la plaie à l'éther.

Remettre ensuite du tulle gras.

Si la suppuration est trop intense, on a avantage à faire des attouchements de la plaie avec du lugol pur.

Dès le troisième pansement, quelquefois même plus tôt, les îlots commencent à bourgeonner ; une collerette d'épidermisation les entoure.

Au cinquième pansement, les îlots se sont ainsi rejoints.

Vers le 20 ou le 25^e jour, suivant les dimensions de l'ulcère, la plaie est complètement cicatrisée.

Ultérieurement, simple pansement à la poudre de talc; pulvérisation à l'eau ichtyolée au centième et massages légers, de façon à reconstituer une peau solide.

CHAPITE IV

Résultats obtenus

Ainsi que nous le montrons par les différentes observations que nous avons recueillies dans le Service de M. Léon TIXIER, chez qui nous avons appris cette technique, nous avons soigné, par cette même méthode, des malades gravement atteints, qui traînaient depuis des années d'hôpital en hôpital, ne pouvant obtenir des guérisons complètes, ou, dans ce cas, seulement précaires.

Nous allons exposer ici les résultats obtenus par la vaccinothérapie et les greffes :

« La vaccinothérapie détermine une réaction locale, « qui agit sur le trophisme cutané, en déterminant des « troubles vaso-moteurs focaux. » (TIXIER).

Cette médication entraîne, *à elle seule*, alors même que dans un but expérimental aucun traitement local n'aurait été tenté, les résultats suivants :

a) *Modification de la plaie* : Qui tout d'abord, devient rouge vif, bourgeonnante, nette de sang ; les tissus environnants prennent un aspect de solidité qui contraste avec ce que l'on voyait auparavant.

b) *Modification du microbisme local* : La suppuration qui était abondante, entravant toute action thérapeutique efficace, s'atténue, pour disparaître ensuite.

c) *Modification de la trophicité de la plaie* : Qui favorise beaucoup la prise des greffes, et qui est probablement en rapport avec une véritable réaction focale consécutive à la vaccinothérapie.

d) *Evolution rapide vers la cicatrisation* : La plaie modifiée, rouge, nette de toute sanie; les bords de l'ulcère se débarrassent de leurs callosités et progressent rapidement, diminuant considérablement l'étendue de l'ulcération qui se surélève, et tend rapidement vers la cicatrisation.

e) *Bonne prise des greffes* : Alors que l'on sait la difficulté très grande que l'on a à obtenir la prise des greffes dans un ulcère chronique infecté, il est à noter l'excellent pourcentage que l'on a lorsque l'on applique ce traitement après vaccinothérapie.

f) *Rapidité de la guérison* : Les auteurs ont pu obtenir en un mois et demi, la guérison d'un ulcère ne s'étant pas comblé depuis deux ans. Un ulcère traînant depuis trois ans, fut guéri complètement en dix mois.

g) *Guérison durable* : A noter que les guérisons paraissent définitives, la vaccinothérapie ayant contribué à modifier considérablement la trophicité de la plaie, pour que la cicatrisation soit durable.

M. Maurice RENAUD a obtenu de la vaccinothérapie des résultats comparables.

M. SEZARY a obtenu également de bons résultats dans des cas rebelles d'ulcères chroniques de la jambe. Il a employé le lipo-vaccin antipyogène, qui n'est qu'un propidon à excipient huileux.

CHAPITRE V

Observations

Toutes les observations que nous allons présenter sont personnelles, et ont été prises par l'auteur, à l'hôpital Broca, dans le service du Docteur Léon TIXIER.

OBSERVATION I. — C., Emilien, 68 ans :

Entré à Broca le 20 janvier 1926, pour un ulcère variqueux mesurant 8 cm. $\times$ 8 cm. à fond atone, sans bourgeons charnus, à bords épaissis et kératosiques, à téguments environnants pigmentés et eczémateux.

Cet ulcère date de dix ans environ, avec des phases de guérison complète et des récides ; depuis deux ans, il reste ouvert, malgré tous les traitements locaux. Avant son entrée à Broca, il a été soigné à Saint-Louis, sans grands résultats. Nous-mêmes, avons essayé divers traitements : Kristallviolet, acide picrique, pâtes à l'oxyde jaune, mais l'état restait stationnaire. Il s'agissait donc d'un ulcère vraiment chronique, et rebelle à toute thérapeutique locale.

Un mois après l'entrée du malade, la température monte (38°), la plaie devient douloureuse, et s'entoure d'une couronne de lymphangite, les ganglions inguinaux sont douloureux et volumineux, et sur la face interne des cuisses, on peut palper un cordon dur et douloureux : phlébite de la saphène.

En raison de ces complications infectieuses, nous faisons du Propidon : 1 cm. le 25 février, 1 cm. 1/2 le 26, en injections sous-cutanées.

A partir de ce moment, la température descend progressivement et les phénomènes locaux s'amendent ; en effet la lymphangite, l'œdème du cou de pied, l'adénite disparaissent, la douleur s'atténue.

Mais, en même temps, l'ulcère lui aussi, s'améliore considérablement ; il devient moins douloureux, le fond devient rose et bourgeonne, les bords s'assouplissent, la pigmentation s'atténue, et à la fin du mois de mars, soit *un mois* après le début de la vaccinothérapie, l'ulcère était à peu près guéri, étant alors de la dimension d'une pièce de 50 centimes.

La cicatrisation était complète le 15 avril, soit *1 mois et demi* après le début de la vaccinothérapie.

EN RESUME. — Ulcère chronique, ne s'étant pas fermé depuis 2 ans, et guéri en l'espace de 1 mois 1/2. On ne peut ici faire intervenir les simples soins locaux, car cet ulcère était déjà en traitement depuis deux ans. Comment alors interpréter ? Du fait de la phlébite, on pourrait l'expliquer par l'oblitération veineuse, et il est de fait que, l'oblitération veineuse thérapeutique, suffit souvent à guérir les ulcères.

Mais ne pourrait-on pas aussi faire jouer un rôle à la vaccinothérapie elle-même ?

C'est ce que nous avons voulu vérifier sur d'autres ulcères chroniques.

OBSERVATION II. — V., Armand, homme de 60 ans.

Ulcère variqueux datant de 3 ans, qui s'était greffé sur un eczéma pigmentaire, à la suite d'un traumatisme.

A son entrée, le 11 mars 1926, nous constatons un ulcère énorme, d'allure phagédénique, faisant le tour de

la jambe. Les tissus adjacents sont d'une fragilité telle, que le moindre pansement un peu adhésif crée de nouvelles érosions. Cet ulcère avait déjà été traité à Saint-Louis, sans autres résultats qu'une légère régression, obtenue après 45 jours de traitements locaux ; nous-mêmes avons commencé par ces traitements : le fond de l'ulcère se nettoie, les tissus périphériques s'améliorent, mais il persiste une vaste ulcération, ayant peu tendance à la cicatrisation spontanée.

Nous commençons alors la vaccinothérapie à l'aide du Propidon, le 30 mars. Nous faisons les doses suivantes : 1/4 cm. cube, 1/2, 3/4, 1, 1 1/2, à raison d'une injection sous-cutanée tous les deux jours.

Dès les premières injections, on constate une grosse amélioration, les téguments adjacents deviennent roses, de bon aspect et souples, le fond de l'ulcération se nettoie, bourgeonne et devient rose vif, les bords bourgeonnent également, *des îlots d'épidermisation se forment en plein centre de l'ulcère.*

8 jours après la dernière injection, l'ulcération a diminué de moitié et se fragmente en îlots secondaires : 1 îlot sur la face externe, 1 îlot sur la face interne et 1 îlot principal, sur la face antérieure de la jambe malade, mais après cette évolution, l'état local reste à nouveau stationnaire, pendant une vingtaine de jours. Aussi nous décidons-nous à refaire une nouvelle série de Propidon.

Dès les premières injections, l'ulcération reprend de la vitalité et, en 10 jours, elle est réduite à un losange de 4 cm. $\times$ 4 cm. environ.

Afin de hâter la guérison, et en raison du bon aspect des tissus, nous tentons de faire des greffes : 5 greffes sont prélevées à la Thiersh, sur la face externe de la cuisse ; tulle gras, mise du membre en gouttière, premier pansement 4 jours plus tard, 2^e au bout de 8 jours. Les 5 greffons prennent faisant autant d'îlots sur l'ulcère qui, dès lors, se cicatrise rapidement et complètement.

EN RESUME. — Ulcération traînant depuis 3 ans et guérie complètement en 3 mois environ.

Rôle heureux de deux séries de vaccinothérapie, la deuxième série ayant activé l'évolution qui tendait à redevenir stationnaire, après le coup de fouet initial.

Prise de 5 greffons, sur 5 prélevés.

OBSERVATION III. — C...

Ulcère de jambe, datant de 23 ans, ne s'étant jamais cicatrisé depuis 5 ans. Hospitalisé 2 ans sans grand résultat.

Il s'agit d'un vaste ulcère, creusant et térébrant, à bords calleux, à fond atone et couenneux.

On lui fait d'abord des pansements locaux, vin aromatique, pommade à l'oxyde jauné, Baume du Pérou, etc., le tout sans amélioration notable.

Il reçoit alors une série de 5 vaccins Delbet, du 20 au 30 avril 1926. Amélioration notable de la plaie, qui se comble et bourgeonne, mais n'aboutit à la guérison complète. Du 10 au 20 juin, nouvelle série de 5 Propidon.

Le 25 mai, la plaie étant bien cruentée, nous faisons 14 greffes, douze prennent, et forment autant d'îlots secondaires d'épidermisation. Un mois après la séance de greffes, la plaie est complètement cicatrisée, et le malade sort guéri.

OBSERVATION IV. — G., cuisinière, 53 ans.

Entre à Broca le 24 avril 1926, pour un vaste ulcère variqueux de la jambe droite, traînant depuis 3 ans, sans s'être jamais fermé : Reçoit, dès son entrée à l'hôpital, une série de 6 Propidon, aux doses progressives de 1/2, 3/4, 1 cm. cube, 1 1/2, 2 cm. cubes, en injections sous-cutanées tous les deux jours. En un mois, l'ulcération a

diminué de moitié, son aspect a changé, le fond est rose, et les tissus adjacents souples et de bon aspect. Nous n'avons malheureusement pu suivre le résultat jusqu'au bout, la malade ayant été obligée de quitter l'hôpital.

OBSERVATION V. — C., repasseuse, 38 ans.

Atteinte d'un ulcère siégeant au niveau de la malléole interne, et cela depuis 4 ans. La malade est en même temps syphilitique, mais le traitement ne donne aucune amélioration. Soumis au Propidon à partir du 14 avril 1926, suivant la technique sus-indiquée, son ulcération est réduite à une pièce de 50 centimes au bout d'un mois, alors qu'auparavant, ses dimensions étaient celles d'une pièce de 5 francs. Un mois et demi après le début du traitement, cicatrisation complète.

OBSERVATION VI. — F., cuisinière, 54 ans.

A un ulcère variqueux depuis 1912, avec phases de guérison et de récidives, et a déjà subi divers traitements. Résection des varices, incision circulaire à la Moreschi, greffes, sans que jamais l'ulcère se soit complètement cicatrisé et, à son entrée, on est en présence d'une vaste ulcération atone, à bords calleux, de 16 cm. $\times$ 5 cm., avec étranglement médian. A été traitée par l'insuline en injections et loco dolente, et cela sans grands résultats, puisque après avoir reçu 540 unités en 2 mois, la plaie mesure encore 14 cm. $\times$ 5 cm.

Nous avons traité cette malade par le Propidon, soit 2 séries de 6 injections sous-cutanées en 2 mois ; au bout de ce laps de temps, la plaie se trouve réduite à 2 îlots de la grandeur d'une pièce de 2 francs, séparés par un solide pont de tissu de bon aspect.

Pour hâter la guérison, nous avons également soumis cette malade à des greffes dermo-épidermiques. Nous en avons pratiqué 5. Deux seulement ont pris. Cet insuccès

relatif trouve peut-être son explication dans la mauvaise volonté qu'avait la malade à guérir de son ulcère.

OBSERVATION VII. — Paul M., manœuvre, 39 ans.

A eu un premier ulcère en 1920, traité et guéri par résection variqueuse.

Cet ulcère s'est réouvert en août 1925. Traité localement, sans grands résultats, à Broca, jusqu'en avril 1926.

Il s'agit de l'ulcère classique, d'allure désespérément chronique à fond atone, à bords calleux, sans tendance extensive.

Nous faisons alors une série de 6 Propidon, du 11 au 13 mai 1926. L'aspect change du tout au tout, et 5 jours après le dernier Propidon, l'ulcère s'est réduit aux dimensions d'une pièce de 5 francs.

Nous faisons alors 6 greffes, 4 prennent, réduisant l'ulcère en autant d'îlots secondaires d'épidermisation qui aboutissent à la cicatrisation complète ; le malade sort guéri le 10 juillet.

OBSERVATION VIII. — N., terrassier.

Ulcéré de jambe datant de 2 ans, consécutif à un traumatisme. Cet ulcère a les dimensions d'une pièce de 2 francs.

Le traitement local, fait depuis 2 mois, ne donne aucun résultat.

Une série de 3 vaccins de Delbet est faite, puis 4 greffes. La guérison totale est obtenue en l'espace de 15 jours.

OBSERVATION IX. — P...

Vaste ulcère de la face interne de la jambe gauche, qui date de 3 ans. Est traité à la Pitié le 18 janvier 1926.

Il y reste 2 mois. On le soumet à des soins locaux qui l'améliorent, mais n'entraînent pas la cicatrisation définitive. Il en sort incomplètement guéri. Rentré à Broca le 15 novembre 1926, 3 vaccins de Delbet et 8 greffes. Sort guéri le 25 décembre 1926.

OBSERVATION X. -- R., manœuvre, âgé de 48 ans.

Est atteint depuis 10 ans d'un énorme ulcère, à tendances phagédéniques, qui atteint les deux tiers de la jambe. Il reste au niveau de la plaie une suppuration abondante. Nous lui faisons localement une désinfection au permanganate. Puis une série de 6 Propidon. La suppuration cesse, la plaie devient cruentée. Nous lui faisons alors 25 greffes, dont 22 prennent.

Un mois après l'intervention, il sort complètement guéri, après une hospitalisation totale de 1 mois et demi pour cette énorme ulcération.

Nous l'avons revu un an après, l'ulcère était complètement cicatrisé et le malade avait pu reprendre son métier.

OBSERVATION XI. -- R., 64 ans, cuisinière.

Vaste ulcère de jambe, ne s'étant pas cicatrisé depuis 2 ans. Soins locaux, qui n'aboutissent pas à la guérison. La malade entre à Broca en janvier 1927. Nous lui faisons une série de 4 Propidon. Puis, 18 greffes, 17 prennent. Guérison après 1 mois et demi d'hôpital.

OBSERVATION XII. -- G., coiffeur, 42 ans.

Ulcère variqueux de la dimension d'une paume de main, durant depuis 2 ans. Les soins locaux restent inutiles. Entre à l'hôpital avec une lymphangite étendue de tout le membre œdématisé, douloureux, température à

39°. La plaie présente une suppuration abondante. Nous lui faisons alors du Propidon. Dès la seconde injection, la lymphangite a disparu, la température a baissé, et à la fin de la série, la plaie est devenue rosée, sans suppuration aucune. On procède aux greffes huit jours après la dernière injection, 12 greffes sont prélevées, 10 prennent et, deux mois après, le malade sort complètement guéri.

CONCLUSIONS

1° La difficulté de la cicatrisation complète des ulcères chroniques de jambe est bien connue.

Il est avéré que, si les traitements simplement locaux sont souvent suffisants pour des ulcères de date récente, ils ne peuvent être que des adjuvants quand l'ulcère est ancien.

2° L'ulcère chronique de jambe étant un foyer d'infection, c'est à la vaccinothérapie par le Propidon que nous nous sommes adressés pour réduire ce foyer. Cette médication entraîne :

a) Une modification de la plaie qui, d'atone devient rouge vif, nette de sang, bourgeonnante. Les tissus environnants prennent un aspect de solidité qui contraste avec ce que l'on voyait auparavant.

b) Une modification du microbisme local.

c) Une modification de la trophicité de la plaie, qui favorise beaucoup la prise des greffes, et qui est probablement en rapport avec une véritable réaction focale, consécutive à la vaccinothérapie.

3° La technique est la suivante :

Trois à six injections de vaccin Delbet, aux doses progressives de : un demi, trois quarts, un centimètre cube, un centimètre cube et demi, deux centimètres cube, à raison de une injection intramusculaire tous les deux jours.

4° La plaie ainsi préparée par quelques soins locaux et par la vaccinothérapie, devient bien cruentée, rouge vif, sans suppuration.

5° Sauf pour les grands ulcères de jambe, cicatrisation complète obtenu par cette seule thérapeutique.

6° Dans les cas où il reste quelques îlots rebelles à toute cicatrisation, on procède à des greffes dermo-épidermiques.

Ces greffes sont à petits lambeaux, prélevées à la face antérieure de la cuisse, de la grosseur d'un comprimé, disposées à une distance de un centimètres. Elles sont simplement posées sur les régions cruentées, sans dépôt fibrineux.

Pansements au tulle gras.

Premier pansement : trois jours après les greffes, puis tous les deux ou trois jours.

7° La guérison est obtenue vers le 20 ou 25° jour environ, même chez des ulcères datant de deux ou trois ans (un cas de vingt-trois ans).

A ce titre, cette méthode permet une réduction notable du temps d'hospitalisation.

Vu, le Doyen
ROGER

Vu, le Président de Thèse
Pierre DELBET

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
P. CHARLETY

BIBLIOGRAPHIE

ALGLAVE. — Saphenectomie totale (*Bull. et Mém. Soc. Anat.*, 4 déc. 1918).

AMBARD et SCHMID. — De certains effets trophiques de l'insuline chez des sujets non diabétiques (*Soc. Méd. Hôp.*, 12 juin 1925).

AUDIBERT et FOUQUET. — *Presse Médic.*, 8 mai 1919.

BAZELIS. — Traitement des varices par les injections phleboscлерosantes. (Th. Paris 1925).

BIANCHETTI. — Sulla cura delle ulceri trofico-varicose ribelli. Simpatectomia periarteriosa a legatura dell'A femorale (*Minerva Med. Torino*, 1925, n° 1064-66).

CHRÉTIEN. — Contribution à l'étude des greffes cutanées : Greffes de J. S. Davis (Th. Strasbourg, 1922).

COLLE. — Vaccinothérapie en chirurgie (*Liège-Médical*, 20 mai 1923).

CORDEBART. — Traitement des varices et des ulcères variqueux par la ligature et la résection de la saphène interne (Th. Paris, 1893).

DARIER. — *Dermatologie*, 1923.

DELBET Pierre. — Traitement des varices par l'anastomose sapheno-femorale. (Séanc. Ac. Médecine, 18 déc. 1905 ; *Bulletin Médical*, 19 déc. 1908). — Sur la vaccinothérapie dans les infections chirurgicales (*Presse Médic.*, 27 mars 1920, p. 163 ; *Bull. et Mém. Soc. Chirg. de Paris*, 3 mars 1920).

DELBET Pierre, BEAUVY et GIRODE. — Injections thérapeutiques de cultures vieilles (*Bull. Acad. Méd.*, n° 39, 8 déc. 1914, p. 342). — Etude sur la thérapeutique des plaies de guerre (*Bull. Acad. Méd.*, n° 23, 8 juin 1915).

DELMAS. — Guérison d'ulcères chroniques par pommade radioactive (*Soc. dermatol.*, 7 avril 1927).

DEVÈZE. — Le vaccin de Delbet dans l'érysipèle (*Journal des Praticiens*, n° 8, 24 févr. 1923).

DUPLAY. — Traitement des ulcères variqueux (*Prog. Médic.* 1900, n° 11, pages 401-404).

DUPONT Robert. — Vaccin de Delbet, Indications techniques, Résultats (*Progr. Médic.*, n° 46, 13 nov. 1920).

ECOT. — Sympathectomie périarterielle (Th. Paris, 1922).

FAURE J.-L. — Communication à la Société de Chirurgie sur le bouillon Delbet (*Soc. Ch. Paris*, 3 mars 1920).

FAURE-BEAULIEU et DAVID. — *Soc. Médec. Hôp.*, 12 juin 1925).

FERRAND M. — Pyodermites, (Maloine, 1923.)

FISCHER. — Insulin Therapy in crural ulcer (*Dermat. Wenscher*, april 1927).

GARCIA-DIAZ. — Ulcères chroniques du membre inférieur; traitement par sympathectomie périartérielle et dénudation artérielle (Th. Paris, 1925, n° 539).

GUILLEMET. — Traitement des ulcères variqueux (Th. Paris, 1921).

GUILLEMIN. — Vaccinothérapie par les bouillons de Delbet (*Paris-Médec.*, 11 nov. 1922, page 426).

HERY. — Traitement des ulcères chroniques par la méthode ambulatoire (Th. Paris, 1926, n° 137).

HOUCCLART. — Cicatrisation des ulcères chroniques de jambe (*Paris-Médical*, avril 1923).

JEANSELME. — Dermites et elephantiasis consécutifs aux ulcérations et à l'eczéma des membres variqueux (Th. Paris, 1888). — Ulcère de jambe ; lésions qui le précèdent et celles qui le suivent (*Gazette des Hôp.*, 1888).

JEANSELME et FOUET. — Traitement des ulcères de jambe (*Journal de Médecine*, n° 8, nov. 1926).

LACAPÈRE. — Les topiques radioactifs dans les ulcères variqueux (Congrès dermatol., Bruxelles, juillet 1926).

LECÈNE. — Affections chirurg. de la peau, Masson, 1924. (*Soc. Chirurgicale des Hôpitaux*, 5 mai 1926).

LEGUEU. — Ulcères variqueux et résections veineuses.

LENORMANT. — Deux cas de lymphangite guéris par le vaccin de Delbet (*Soc. de Chirurgie de Paris*, 3 mars 1920).

LERICHE. — Sympathectomie périartérielle et ses résultats (*Presse Médic.*, n° 50, 10 sept. 1917).

LERICHE et FONTAINE. — Des causes de la chronicité des ulcères de jambe et sur une méthode générale de traitement. (Bulletin de dermato et syphiligraphie, 1903). — Du rôle de la sympathectomie périartérielle dans la stérilisation de la plaie (*Soc. Chirurg.* 8 mai 1926).

LOWENFELD. — Treatment of varicose ulcers (*Wen Klin Wehnscher*, oct. 1926).

MAUCLAIRE. — Diagnostic des ulcères variqueux ; leur traitement par les incisions circonférentielles du membre, la circonvolution de l'ulcère et les ligatures en étages de la saphène (*Journal d'Anatomie*, 1901).

MONZAT. — Technique des greffes dermo-épidermiques d'Ollier-Thiersch (Th. Montpellier, 1921).

MORESCHI. — Nouveau procédé pour la cure des ulcères variqueux du membre inférieur (*Reforma Méd.*, 1894, n° 273, p. 567-571).

MOURGUES. — Contribution à l'étude du propidon ; communisation active (Th. Nancy, 1922).

NADIER.. — Traitement chirurgical des ulcères de jambe
(*Paris-Médic.*, oct. 1923).

O'DONOVAN-WILSON. — Ultra-violet irradiation of varicose ulcers (*The Lancet*, n° 48, pp. 189-192, may 1928).

PAUTRIER, AMBARD, SCHMID et SALOMON. — Ulcère de jambe chez un glycémique, traité par l'insuline (Réun. dermatol. de Strasbourg, 20 juillet 1924).

PAUTRIER, AMBARD et SCHMID. — Ulcère de jambe guéri par l'insuline chez un hyperglycémique sans glycosurie et ulcère de jambe guéri chez un malade à glycémie normale. (*Bull. dermat. et syphil.*, 17 janv. 1926). — Ulcère de jambe chez un malade non glycémique, guéri par l'insuline en pommade (*Bull. dermat. et syphil.*, 16 mai 1926). — Guérison d'un ulcère variqueux chez un malade à glycémie normale par le pansement local à l'insuline en poudre. (*Bull. dermat. et syphil.*, 10 mai 1925). — Ulcère atone guéri par l'insuline chez un malade à glycémie normale (*Bull. dermat. et syphil.*, 8 mars 1921).

PAUTRIER, ULLMO. — Rôle de l'insuline dans les ulcères (*Bull. dermat. et syphil.*, décembre 1927).

PENANT. — Méthode de traitement des ulcères variqueux par le curettage et les greffes dermo-épidermiques (Th. Paris, 1927, n° 452).

PHEETERS. — Modern treatment of varicose ulcers (*The Lancet*, 48, 189192, may 1928).

PROUST. — Sympathectomie périartérielle p. ulc. variqueux (*Soc. Chirurg.*, 13 juillet 1921).

QUISERNE. — Maladies des veines et cures thermales (*Journ. Méd. fr.*, sept. 1921).

SALASE. — Ulcères et tension veineuse (Th. Paris, 1925).

SAPPEY. — Ulcérations et ulcères (Th. agrégat., Paris, 1874).

- SCHRITLIFFE. — Greffes dermo-épidermiques par le procédé d'Alglave (Th. Montpellier, 1921).
- SCHWARTZ. — Cure sanglante des varices (*Rev. gén. thérapeut.*, Paris 1896).
- SEBILEAU. — Comment viennent les ulcères variqueux (*Gaz. Méd. Hôp.*, 1897, p. 61).
- SEZARY et LICHTWITZ. — Lésions d'ostéite sous-jacente dans les ulcères chroniques (*Bull. Soc. fr. dermat. et syphil.*, 34, janv. 27).
- SICARD. — Traitement des varices par injection intravein. de carbonate de soude (*Marseille Médic.*, 23 janv. et 14 févr. 1920).
- SICARD et GANGIER. — Traitement des varices et de leurs complications (Masson, 1927).
- SICARD, PARAF et LERMOYER. — Les injections intravein. de salicylate de soude (XVI^e Congr. Méd., nov. 1922).
- STEBBING. — Treatment of varicose ulcer (The Lancet, avril 1927).
- TILLAX. — Traité des varices et des ulcères variqueux (*Trib. Méd.*, 1901, p. 26).
- TINISIT. — Vaccinothérapie et infections chirurgicales traitées par le propidon (Th. Paris 1923).
- TIXIER L. et BIZE. — Les excellents résultats de la vaccinothérapie sur l'évolution des ulcères variqueux (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 2 juill. 1926). — Les greffes cutanées dans le traitement des ulcères chroniques de jambe (*Monde Médical*, n^o 705, 1^{er} avril 1927).
- TROISIER. — Cure des varices par injections intravein. de citrate de soude concentré (*Soc. Méd. Hôp.*, 9 mai 1924).
-

Les Ateliers d'Impressions
LOUIS SÈVE
20, rue Charcot, Paris-13^e

